

HEMEROTEKA	HEMEROTEKA	2
ACTIVIDAD COLEGIAL	ELKARGOAREN JARDUNA	8
ASESORÍA JURÍDICA	AHOLKULARITZA JURIDIKOA	
EUSKARA	EUSKARA	12
MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LXI)	MEDIKUNTZAKO LEXIKOA (LXI)	
ENTREVISTA	ELKARRIZKETA	18
ELENA ELOSEGI VALLEJO. DIRECTORA DE SANIDAD DE GIPUZKOA	ELENA ELOSEGI VALLEJO. GIPUZKOAKO OSASUN ZUZENDARIA	
ACTUALIDAD	GAURKO GAIA	22
CONSULTAS DE ALTA RESOLUCIÓN DE MEDICINA INTERNA	BARNE-MEDIKUNTZAKO ERRESOLUZIO-MAILA ALTUKO KONTSULTAK	
COLABORACIÓN	ELKARTEA	24
LA CARGA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	GAIXOTASUN KRONIKOEN ZAMA	
PERFIL	PROFILA	26
D. RICARDO BUENO ITUARTE	RICARDO BUENO ITUARTE JN.	
OCIO	AISIA	30
GASTRONOMÍA Y SALUD	GASTRONOMIA ETA OSASUNA	
VARIOS	BESTELAKOAK	32
ALTAS Y BAJAS	ALTAK ETA BAJAK	
NECROLÓGICAS	NEKROLOGIKOAK	32

Presidente:
Lehendakaria:
Enrique Tellería

Consejo de redacción:
Erredakzio-batzordea:

Jabier Agirre, Arantza Aranburu, Josu Beitia, Fidel Egaña,
Joseba Landa, Eduardo Ramos, Coro Eceiza, Agustín Nogués,
José M^a Urkia, Gabriel Zubillaga.

Han colaborado en este número:
Ale honetan parte hartu dute:

Jon Pellejero, Elena Elosegi, Gabriel Zubillaga, Javier Mar,
Antonio Bueno Errandonea, Julián Bereciartua.

Recogida de artículos e información:
Artikuluuen bilketa eta argibideak:

P^o de Francia, 12
Tel. 943 27 63 00 (Sta. Elena Irazusta andereñoa)

Depósito Legal:
Lege Gordailua:
SS. 1025/94



Guipúzcoa Médica-Medikuen Ahotsa es una publicación trimestral del Colegio Oficial de Médicos para ser distribuida gratuitamente entre sus colegiados.

El Colegio Oficial de Médicos no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores.

Su opinión queda reflejada en el Editorial.

La reproducción parcial o total de los artículos incluidos, sólo podrán hacerse previo consentimiento de el/los autor/es del mismo.

La Publicación está abierta para la participación de todos los Colegiados.

Guipúzcoa Médica - Medikuen Ahotsa, Gipuzkoako Sendagileen Elkarteak bere kideentzat hiru hilabeteetan behin argitaratzen duen aldizkaria da.

Gipuzkoako Sendagileen Elkarteak ez du bere gain hartzen editorialetik kanpo idatzitakorik.

Artikulu bat edo honen zati bat erreproduzitu nahi bada, bere egile/en baimenarekin egin beharko da.

Argitalpena Kolegiatu guztiak parte hartzeko irekita dago.

Resúmenes de publicaciones recientes

Dr. Gabriel Zubillaga

1 EN PREVENCIÓN PRIMARIA LA ASPIRINA A DOSIS BAJAS NO PREVIENE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Dosis de aspirina de 100 mg o placebo se randomizaron a 3350 adultos, de 62 años, 71% mujeres, 33% fumadores. Tras seguimiento de 8 años no se observó diferencia en lctus, eventos cardiovasculares, ni revascularizaciones (13,5 sucesos por 1000 personas-años en cada grupo), ni mortalidad. Hubo más hemorragias graves en la aspirina (2% versus 1,2%), casi significativo. Otro reciente meta-análisis lo corrobora.

Fowkes FGR y cols. JAMA 2010; 303:841.

2 EL USO CONTINUADO DE MEDICACION ANTIASMATICA EN EL EMBARAZO LES MANTIENE ESTABLES

641 asmáticas, varias moderadas y severas, usaron los betadrenérgicos y corticoides inhalados durante el embarazo y puerperio con buen control sin efectos secundarios como recomiendan las guías.

Belanger K y cols. Obstet Gynecol 2010; 115: 559.

3 LAS ENDOPROTESIS DE AORTA DESCENDENTE SON MENOS INVASIVAS QUE LA CIRUGIA ABIERTA Y TIENEN MENOS MORTALIDAD A LOS 30 DIAS. AL AÑO ES SIMILAR

Un meta-análisis de 42 estudios no randomizados y 6000 pacientes demostró que a los 30 días la mortalidad era 40% menos, 40% menos paraplegias, 40% menos complicaciones cardíacas. Al año la mortalidad no era diferente.

Cheng D y cols. J Am Coll Cardiol 2010; 55: 986.

4 LA DESIGUALDAD DE LONGITUD DE PIERNAS ES CAUSA DE ARTROSIS DE RODILLA

70% de las personas tienen una pierna más larga que la otra. En una cohorte prospectiva de 2964 pacientes con artrosis de rodilla o factores de riesgo (dolor, lesión, cirugía de rodilla, obesidad) los que tenían una pierna 1 cm más corta que la otra desarrollaban artrosis el doble que los normales, tanto clínica como radiológica. No se sabe si su corrección lo mitiga o previene.

Harvey WF y cols. Ann Intern Med 2010; 152: 287.

5 ¿ANTIBIOTICOS PARA TRATAR ELEVACIONES LEVES DE PSA?

En sujetos asintomáticos con PSA entre 4 y 10, algunos creen que dando antibióticos, y si desciende aquel es un garantía de que no es cáncer de próstata; se ha investigado esta hipótesis en 98 sujetos haciéndoles biopsia a continuación y han visto que hasta un 30% de los que descendía el PSA tenían cáncer de próstata. Esta práctica no reduce los pacientes a profundizar. Lo mismo ocurría en los que persistía elevado. Esta práctica puede ser más diagnóstica si tuvieran síntomas y éstos desaparecieran con tratamiento, al mismo tiempo que bajarán las cifras de PSA.

Stopiglia RM y cols. J Urol 2010; 183: 940.

6 LA CIRUGIA PARA ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR NO ESTA EXENTA DE RIESGO

Recientemente, se hacen más complejas intervenciones de fusión y fijación con esta indicación. Si bien, la descompresión del dolor radicular de una estenosis de columna y debilidad muscular, produce mayor mejoría que un tratamiento conservador; se han multiplicado por 15 las intervenciones complejas, incluyendo instrumentos implantados, injertos, actuaciones anteriores y posteriores de la columna. En 32.000 pacientes, edad media 75 años, las complicaciones eran del 5%, comparadas con las intervenciones sencillas de descompresión con el 2% de complicaciones. También se duplicó la mortalidad, aunque era baja 0,6%. Los protocolos no están bien consensuados.

Deyo RA y cols. JAMA 2010; 303: 1259.

7 COLECISTECTOMIA TEMPRANA EN PANCREATITIS CON LITIASIS BILIAR

Ideal en las primeras 48 horas; acorta la estancia media y las complicaciones, reingresos, o conversión a laparotomía convencional. Un estudio de 50 pacientes lo ha demostrado.

Aboulian A y cols. Ann Surg 2010; 251: 615.

8 LA MORTALIDAD DEL DELIRIO TREMENS ALCOHOLICO ES DEL 7%

Un estudio español de 539 episodios de delirio tremens en 16 años tratados con Clometiazol ha llegado a esas conclusiones. 62% de los casos era el motivo de ingreso. 41% tuvieron convulsiones. 7% murieron. Factores asociados a la mortalidad fueron: esteatosis hepática, cirrosis, comorbilidades como enfermedad cardíaca, respiratoria, diabetes y epilepsia. Un diagnóstico temprano, vigilancia intensa y rápida farmacología son factores importantes para la sobrevivencia.

Monte R y cols. Alcohol Alcohol 2010; 45: 151.

9 EN VARONES MAYORES EL RIESGO DE FRACTURA SE ELEVA SI LOS NIVELES DE 25(OH) VIT D SON MENORES DE 16 NG/ML.

Cada vez vemos más sujetos con niveles bajos de Vit D. En un estudio sueco de 1194 ancianos varones (edad media 71 años) y seguimiento de 11 años, 26% de ellos tuvieron fracturas; han observado que se dan fracturas a todos los niveles de Vit D, pero cuando están por debajo de 16 ng/ml el riesgo se incrementa.

Melhus H y cols. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95: 2637.

10 SERTRALINA JUNTO CON NALOXONA UTIL PARA ALCOHOLICOS DEPRESIVOS

Un estudio randomizado de 170 pacientes ha mostrado doble numero de abstinentes con esa combinación a los 3 meses, y mejora y control de su depresión en 83% de pacientes con la combinación comparados con 58% con solo sertralina. Se esperan más estudios para reafirmarlo.

Pettinati Hm y cols. 2010; Am J Psychiatry 2010; 167: 668.

11 MEDICINA DEFENSIVA EN LA CASA BLANCA

Al Presidente de EEUU, 48 años, le han realizado 3 pruebas innecesarias en su último chequeo en Bethesda. Le han pedido un PSA, que las guías clínicas no recomiendan y menos a esa edad. Le han realizado una Coronariografía virtual por TAC, sin síntomas ni factores de riesgo a esa edad, y una Colonografía virtual por TAC, también sin indicación. Ambas con importantes dosis de radiación -acumulada. Los autores critican que si al líder le realizan esas pruebas, cómo se va a recomendar una medicina coste-eficiente y universal, y qué ejemplo para el resto de ciudadanos.

Woodward C. Can Med Assoc J 2010; 182: E335 - E336; doi:10.1503/cmaj.109.

12 LA VACUNA NEUMOCOCICA PREVIENE LAS NEUMONIAS Y SU MORTALIDAD EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Esto se ha demostrado en 1006 ancianos en Japón.

Maruyama Y y cols. BMJ 2010; 340: 1004.

Nuestro objetivo: Mejorar su calidad de vida



Especialistas en Prótesis Oculares

Con más de 30 años de experiencia, elaboramos todas nuestras prótesis oculares de manera individualizada con las últimas técnicas a nivel mundial y la más avanzada tecnología.

Especialistas en Visión y Aprendizaje

4 de cada 10 niños no están visualmente preparados para ir al colegio

Mediante un tratamiento individualizado mejoramos las habilidades visuales de los niños



Especialistas en Audiología

Oír es precioso para el que escucha...

Con los últimos avances en el mercado le adaptamos el audífono que mejor le vaya a su pérdida auditiva.

Especialistas en Baja Visión

Evaluamos el resto visual útil de nuestros pacientes y prescribimos la ayuda que mejor se adapte a sus necesidades.



ÓPTICA • ACÚSTICA

EDER

C/ Andia, 9 - 20.004 Donostia
Telf. / Fax . 943 423374 - E-mail: optica@opticaeder.com
www.opticaeder.com

El 7 de octubre en el Colegio de Médicos de Gipuzkoa

Séptima edición del curso de actualización de cirugía de la mano

Dirigido por los doctores Javier Goyeneche e Ignacio Torre -miembros los dos del departamento Hand Solutions de Quirón Donostia y del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Donostia-, el próximo 7 de octubre, jueves, va a tener lugar la séptima edición del curso de actualización en cirugía de la mano organizado en colaboración con el servicio Hand Solutions del grupo hospitalario Quirón.

Además de los doctores Goyeneche y Torre, como ponentes participarán la doctora María José Fernández, del Servicio de Rehabilitación del Hospital Donostia; el doctor Francisco Albaladejo de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, FREMAP, de Murcia; el doctor Carlos Irisarri, cirujano plástico en el Hospital Povisa de Vigo; y el doctor Roberto Sánchez Rosales, miembro de la Unidad de Cirugía de la Mano y Microcirugía GECOT de Tenerife.

Los temas a tratar son la rizartrrosis; los criterios de actuación, valoración y tratamiento básico de la mano traumatizada grave; la fractura de escafoides; las lesiones

ligamentosas de los dedos; las bases biológicas y mecánicas del tratamiento inmovilizador y ortésico; la algodistrofia en la mano y su tratamiento rehabilitados; así como la historia de la cirugía de la mano.

El curso tendrá lugar en el salón de actos del Colegio y dará inicio a las 16 horas. Posteriormente se celebrará una cena de clausura. Las inscripciones deben realizarse a través de: www.handsolutions.net.

Para más información llamar (martes y jueves) a Arantxa Pikasari, teléfono 943 291 478.

Respuesta al subdirector de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

La pediatría está en peligro

Ante el anuncio realizado por el Subdirector de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, Carlos Sola, de que, ante la escasez de especialistas en la red pública, se va a reorganizar la atención pediátrica en los ambulatorios, la sección de Gipuzkoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria considera que "el responsable de la atención del niño debe ser el pediatra de atención primaria ya que la formación realizada es exhaustiva, profunda, exclusiva y dirigida a las características del niño".

Entre otras cuestiones, el doctor Sola propuso la ampliación del horario de 8 de la mañana a 8 de la noche. Propuesta que la citada asociación de pediatras no considera oportuna "ya que, aun centralizando la atención pediátrica, con los recursos actuales sería totalmente imposible cubrirla".

El Departamento de Sanidad argumenta que, al no disponer de facultativos suficientes para atender a los menores de catorce años, tiene que recurrir a médicos de familia para

cubrir las plazas de esta especialidad. Así, ha encargado a una consultora externa un informe que determine cómo se puede abordar la falta de pediatras desde un punto de vista organizativo.

La sección de Gipuzkoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria considera que, aunque nuestro objetivo es que todos los niños en Atención Primaria sean atendidos por pediatras, "el médico de familia tiene formación -obligatoria en su programa de especialización- que le capacita

para atender a pacientes en edad pediátrica, de hecho en muchas ocasiones tenemos en ellos un gran apoyo". Es más, a partir de las 17 horas los días laborables y los fines de semana, los médicos de familia de los Puntos de Atención Continuada son quienes atienden a los niños. Además, en la actualidad, una de cada diez plazas distribuidas por las diferentes comarcas sanitarias de la Comunidad Autónoma Vasca están ocupadas por médicos de familia que no han estudiado la especialidad.

Ante esta situación, el subdirector de Asistencia Sanitaria de Osakidetza afirmó ante la prensa que estos profesionales "están perfectamente capacitados para pasar consulta a menores de catorce años". Expresión que, en opinión de la sección de Gipuzkoa de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria, "no es afortunada".

Para paliar la falta de especialistas, Osakidetza también baraja otro tipo de medidas como son la contratación de personal extranjero –ante lo cual el Colegio de Médicos de Gipuzkoa recuerda la necesidad de que se acate el Decreto de homologación de títulos de especialistas extracomunitarios– o incentivar el papel de la enfermera en las consultas rutinarias.

Según el Subdirector de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, "este colectivo se centraría en lo que los expertos denominan 'control del niño sano', mientras que los especialistas se dedicarían al seguimiento de las enfermedades".

Ante esto, los pediatras declaran que son "contrarios a que el Programa de Salud Infantil sea llevado a cabo, de forma exclusiva, por el personal de enfermería".

Y añaden, "una y mil veces en las reuniones que hemos mantenido con Carlos Sola y Eduardo Gárate, director de Asistencia Sanitaria, nos hemos opuesto a ello, insistiendo en que dicho plan debe hacerse de forma coordinada y racional entre pediatra y enfermera pediátrica con formación específica, que en este momento algunas no poseen, siguiendo el acuerdo sobre la Oferta Preferente de Osakidetza y el modelo de los países desarrollados".

La Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria recuerda que, con el objeto de ofrecer la mejor atención posible a los niños, ya se dirigió al Departamento de Sanidad para realizar una propuesta global que, entre otras cuestiones, considera prioritario agrupar los centros de atención pediátrica y restringir el horario para garantizar que todo niño sea atendido por un pediatra.

Entre las medidas adicionales, y para paliar temporalmente el déficit de pediatras, sí se contemplaba la contratación de médicos extranjeros especialistas en Pediatría que acrediten su capacitación. Asimismo, la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria sigue dispuesta a continuar con el diálogo, porque consideran que, sin la colaboración de los profesionales, la solución a este problema es extremadamente difícil.

Se celebra el viernes 22 de octubre

Día del Médico en honor a San Lucas

Siguiendo con la tradición, el viernes 22 de octubre el Colegio Oficial de Médicos de Gipuzkoa celebrará su fiesta anual en honor a San Lucas (18 de octubre) patrón de los médicos. Educado en la cultura griega, Lucas fue médico de profesión y aficionado a la pintura –se supone que pintó retratos de la Virgen María–, por lo que también es patrón de los pintores.

Como en años anteriores, se va a celebrar una misa con la que recordar y honrar a los compañeros fallecidos en el último año, para acto seguido rendir homenaje a los Colegiados Honoríficos –todos aquellos médicos que este

año han cumplido 70 años–, así como al Colegiado de Honor. Tras el acto de homenaje se celebrará la tradicional cena de hermandad en el restaurante Fagollaga de Hernani.

Concedidas por la Fundación Patronato de Huérfanos Príncipe de Asturias para los ascendientes de médicos

Ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias ha comenzado a conceder ayudas dirigidas a la conciliación de la vida familiar y laboral del colectivo médico. Estas prestaciones están dirigidas a sufragar el coste de las residencias geriátricas de los ascendientes (padres/madres o suegros/suegras) de médicos. Las ayudas económicas tendrán una cuantía de 450 euros para el pago de residencias, en cualquier lugar del territorio español, siempre que la persona mayor no haya ingresado en la residencia con anterioridad al año 2010.

Para solicitar estas ayudas hay que presentar fotocopia del DNI del/la colegiado/a y de la persona ingresada en la residencia geriátrica; libro de familia del/la colegiado/a y anotación del matrimonio, en el caso de los suegros; reconocimiento oficial del grado de dependencia e informe de los servicios sociales indicando la persona que se encarga de la persona mayor dependiente.

Las presentaciones son para el/la colegiado/a y se imputarán en la declaración que la Fundación realice a Hacienda. Además de en el Colegio, el impreso normalizado para solicitar la ayuda está disponible en la página web del Consejo, en el apartado de protección social (http://www.cgcom.org/files/cgcom/img/solicitud_residencia_geriatrica.pdf).

El 21 de octubre, "Magia, religión y medicina a la muerte de Felipe II"

Aula Médica Senior, una nueva actividad colegial en pro del humanismo

El Colegio de Médicos de Gipuzkoa cuenta, desde la pasada primavera, con una nueva actividad en la que los principales protagonistas son los médicos jubilados. Se trata del Aula Médica Senior, una actividad que pretende ser un escenario en el que aquellos médicos que cuenten con inquietudes humanísticas las compartan con el resto de sus colegas. Es, por tanto, una tribuna desde la que mostrar conocimientos o habilidades, al tiempo que una ocasión para reencontrarse con otros compañeros médicos ya jubilados. Tras el descanso estival, el día 21 de octubre, el conferenciante será el doctor Enrique Samaniego que versará sobre "Magia, religión y medicina a la muerte de Felipe II".

Esta actividad, como reconoce el doctor Francisco Muñoz, trata de aprovechar la afición de muchos médicos por la literatura, la pintura, la música, así como otras bellas artes. "Hay una amplia lista de médicos con un importante currículum humanístico, que ha crecido paralelo a su prestigio profesional —dice—, pero hay también muchos compañeros de profesión

que cultivan en silencio distintas aficiones artísticas y humanísticas que muchas veces sólo son conocidas en su entorno más próximo". El doctor Muñoz hace un repaso de médicos que destacaron en su época, como los doctores Marañón, Ramón y Cajal, Laín Entralgo, Rof Carballo y Letamendi.

Todos ellos tenían en común el cultivo de las humanidades. Para Francisco Muñoz el humanismo impregna necesariamente la vida del médico, porque a diario trata con seres humanos; conoce sus miserias y sus grandezas; capta sus sentimientos y preocupaciones; y es, a menudo, testigo de situaciones de júbilo y de tristeza, como el nacimiento de un hijo, o la enfermedad y muerte de un ser querido.

"De todas estas vivencias extrae lecciones que le ayudan a crecer como persona, y le dan más capacidad para comprender a sus semejantes. De ahí nace, muchas veces, la inclinación literaria. Y es que la vocación médica y literaria parecen retroalimentarse", indica.

El doctor José Luis Munoa, quien versó sobre el don de lágrimas en San Ignacio, fue el primero de los ponentes en participar en esta actividad aprobada el pasado mes de

febrero por la Junta Directiva del Colegio. Le siguió el doctor Guillermo Videgain que habló sobre dos sordos ilustres Beethoven y Goya. La conferencia del Doctor Videgain respondió al título "Patografía de la audición apología de la sordera".

El mundo infantil en la obra de Dickens fue el tema de conversación elegido por el doctor Francisco Muñoz, para quien *"el humanista es ante todo un lector, que lee mucho y bien, un hombre leído, que considera que la ciencia está encerrada en las obras de los grandes autores, sobre todo los de la antigüedad"*.

Francisco Muñoz cita al doctor Marañón, para quien no es posible imaginar un médico sin cultura humanística. *"Para él la medicina era toda una filosofía de vida, ya que el enfermo, más que un técnico, necesita a alguien que sepa compartir su sufrimiento y le ayude a superarlo"*.

El Colegio cesa en las reclamaciones y demandas presentadas

El Tribunal Superior de Justicia no reconoce el Complemento de Destino

El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco ha desestimado la reclamación del complemento de destino que, desde finales de 2009, se ha venido realizando, y ha establecido que no existe el derecho a abonar dicho complemento.

Esto significa que, en el caso de presentarse una demanda, los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo van a desestimarla, con el consiguiente riesgo de que se condene a la parte demandante a abonar los gastos judiciales.

Y es que ya consta una Sentencia de un Tribunal Superior que establece que tal derecho no existe. Por ello, la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Gipuzkoa

considera que lo más adecuado es desistir en las demandas iniciadas y no continuar con la reclamación del Complemento de Destino.

Así pues, en caso de que el/la colegiado/a no indique lo contrario, el Colegio va a cesar en las reclamaciones y demandas presentadas, así como a destruir las que todavía obran en su poder.

Objeción de Conciencia e interrupción voluntaria del embarazo

I.- INTRODUCCIÓN

Si en los anteriores artículos nos hemos referido al Consentimiento Informado de los menores de edad, donde hicimos referencia a las circunstancias de las menores de edad en la interrupción del embarazo, en el presente artículo nos referiremos al derecho de objeción de conciencia de los médicos en la interrupción voluntaria del embarazo.

Se trata de un tema de actualidad sobre el que recibirán próximamente una circular del Colegio de Médicos (o ya la habrán recibido cuando estén leyendo esto). Con este artículo esperamos completar las dudas que puedan surgir a los médicos en un tema tan personal e íntimo, tanto para los médicos como para los pacientes.

Para el presente artículo nos basaremos principalmente en la "Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la objeción de Conciencia" del Consejo General de Colegios Médicos, declaración que fue ratificada por la Asamblea General

II.- MARCO LEGAL

Principalmente el marco legal sobre el que nos encontramos es el siguiente:

- A) Constitución; art. 16.
- B) Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, Ley del Aborto; art. 19.
- C) Declaración de Oslo sobre el Aborto de la Asociación Médica Mundial (Oslo 1970), y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006; punto 6.
- D) Guía Ética Médica Europea: art. 18.

E) Código Deontológico: arts. 9 y 26.

F) Resolución del Parlamento Europeo de 3 de julio de 2002.

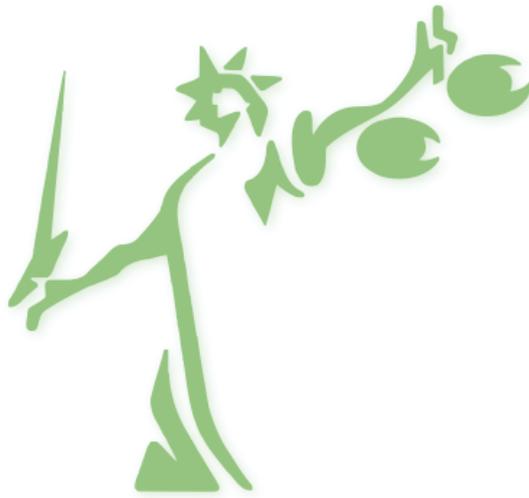
G) Sentencias del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril, 160/1987 de 27 de octubre y 161/1987 de (...).

H) "Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la objeción de Conciencia" del Consejo General de Colegios Médicos de 6 de junio de 2009 y "Comunicado sobre la objeción de conciencia en relación a la Ley del Aborto" de 24 de julio de 2010.

III.- INTERPRETACIÓN DEL MARCO LEGAL EXISTENTE

De esta normativa debemos destacar que no existe una legislación estatal que de forma expresa regule la Objeción de de Conciencia en lo que respecta al aborto; la única Ley que





regula la Objeción de Conciencia es la Ley 22/1998 de 6 de julio de Objeción de Conciencia y Prestación Social Sustitutoria y el art. 30 de la Constitución, referentes ambas al servicio militar

La única referencia expresa a la Objeción de Conciencia la encontramos en el artículo 19.2 de la Ley del Aborto que establece:

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

LOS PROFESIONALES SANITARIOS DIRECTAMENTE IMPLICADOS EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO TENDRÁN EL DERECHO DE EJERCER LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia.

EL RECHAZO O LA NEGATIVA A REALIZAR LA INTERVENCIÓN DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR RAZONES DE CONCIENCIA ES UNA DECISIÓN SIEMPRE INDIVIDUAL DEL PERSONAL SANITARIO DIRECTAMENTE IMPLICADO EN LA REALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, QUE DEBE MANIFESTARSE ANTICIPADAMENTE Y POR ESCRITO. En todo caso los profesionales sanitarios

dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Como se puede comprobar en este artículo se establece de forma expresa el derecho de los médicos a ejercer la objeción de conciencia, aunque de una forma concreta.

Esta Ley debería ser desarrollada para regular el derecho a la objeción de conciencia de los médicos y demás personal sanitario, pero no se ha regulado y desconocemos si en el futuro se regulará, por lo que para interpretar la misma debemos acudir a lo dispuesto en la Constitución y fundamentalmente a las Sentencia del Tribunal Consitucional 53/1985 de 11 de abril.

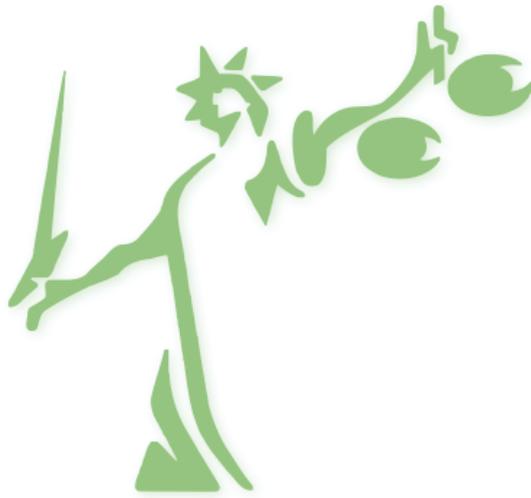
Así la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril establece:

No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales.

Por lo que según esta Sentencia, aunque no se haya dictado regulación alguna respecto a la objeción de conciencia, **la misma podrá ser ejercida.**

Aunque también se han dictado las Sentencias 160/1987 y 161/1987 de 27 de octubre que parecen contradecir la anterior Sentencia, en la actualidad existe un amplio consenso en considerar el Derecho a la Objeción de Conciencia como un derecho constitucional autónomo, individual y fundamental.

El Derecho a la Objeción de Conciencia se considera como una manifestación genérica del derecho a la libertad de conciencia de los individuos que se recoge en el art. 16.1 de la



Constitución. La Objeción de conciencia supone una especificación de dicho derecho Constitucional a la libertad de conciencia, cuando la persona entra en conflicto con deberes jurídicos contrarios a ella.

Y en el presente caso aunque no se encuentra regulado como se ejerce este derecho, en la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, Ley del Aborto, en la misma se **recoge expresamente el ejercicio de este derecho de Objeción de Conciencia en la Interrupción Voluntaria al Embarazo, por lo que se que existe el derecho a la Objeción de Conciencia y la posibilidad de ejercer el mismo.**

Finalmente se destacar el comunicado sobre la Objeción de Conciencia en relación con la Ley del Aborto de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, que dice:

La objeción de conciencia es la negativa individual a someterse, por razones de conciencia, a un acto médico que, en principio, sería legalmente exigible.

Se trata de un derecho fundamental e individual, pero no puede ser colectiva ni institucional, porque cercenaría el derecho del ciudadano a las prestaciones contempladas por la Ley.

La práctica del aborto no puede ser una excepción, pero la objeción de conciencia sólo se puede admitir en aquellas acciones

directas necesarias para su realización. No debe trasladarse a actuaciones previas indirectas, ya que sería una obstrucción a un derecho contemplado en la legislación vigente.

Por tanto, ante la posibilidad de planteamientos de objeción de conciencia en la participación en trámites necesarios en la cadena de respuesta de la solicitud de aborto, debe explicitarse en la documentación del expediente que éste se realiza a petición de la embarazada, y en consecuencia evitar responsabilizar al médico de la solicitud de derivación. De esta forma se limitarán las posibilidades de objeción de conciencia sólo a los intervinientes directos.

IV.- CONCLUSIONES

De conformidad a lo manifestado, existe el Derecho a la Objeción de Conciencia de los médicos en la Interrupción Voluntaria del Embarazo, debiéndose ejercitar el mismo anticipadamente y por escrito, pudiéndolo ejercitar únicamente aquellos que se encuentren directamente implicados en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Y a efectos de ejercitar este derecho de forma anticipada y por escrito, por el Colegio de Médicos de Gipuzkoa se va a crear un registro (con la confidencialidad que se exige) y se facilitará a los colegiados el modelo escrito para su inscripción.



Nuevo Saab 95
MUY VIVO



Algún día todos los aviones serán así.

En Saab, todo lo que aprendimos construyendo aviones nos ha ayudado a crear automóviles. Ahora queremos presentarte nuestra más reciente creación: el nuevo Saab 9-5. Un automóvil innovador, de diseño aún más vanguardista y con los últimos avances en ingeniería aeronáutica. Acércate a comprobarlo a nuestra Red de Concesionarios Saab y disfruta del vuelo. Perdón, del viaje.

Consumo mixto desde 5,3l/100Km. Emisiones de CO₂ desde 139gr/Km.

SAAB
move your mind™

AUTO GELKOR, S.A. Donosti Ibilbidea, 84-88. Tel. 943 335 055. ASTIGARRAGA. www.autogelkor.redsaab.com

Medikuntzako lexikoa (LXI)

ODONTOLOGIA

Gero eta gehiago dira euskaraz mintzo eta aritzen diren dentista eta estomatologoak. Profesional horiei zuzenduta, duela hilabete batzuk nire eskuetara iritsitako Odontologiako prozedurak izeneko zerrendatik abiatu naiz oraingoan, eta oinarritzko zerrenda horri anatomiako kontzepturik funtsezkoenak erantsi dizkiot. Dena den, Medikuntzaren eremu hori euskaraz jorratu nahi duenak hortxe dauka Jon Jatsu Azkue Barrenetxea adiskideak idatzitako Odontoanatomia eskuliburua, 2000.urtean Agote saria irabazi ondoren, hurrengo urtean Euskal Herriko Unibertsitateak argitaratu zuena.

Abrasión dental.....	Hortz-abrasio	Carillas estéticas de porcelana.....	Portzelanazko alde estetikoak
Absceso dental.....	Hortzetako abzesu	Cementar	Zementatu; zementatze
Alveolectomía	Albeolektomia; hortz albeoloa erauztea	Cemento	Zementu
Alveolo dentario.....	Hortz-albeolo	Cepillar(se) los dientes	Hortzak eskuilatu
Amputación coronaria	Koroa mozte	Cepillo de dientes	Hortz-eskuila
Amputación radicular.....	Sustraia mozte	Cepillo de dientes eléctrico	Hortzetako eskuila elektriko
Ápice dental.....	Hortz-punta; apize; gailur	Cirugía dental.....	Hortzetako kirurgia
Apicectomía.....	Apizektomia; hortz-punta erauzte	Colgajo periodontal.....	Zintzilikario periodontal
Apifiamiento del diente	Hortz baten gainjarpen	Colmillo; canino; diente canino	Letagin; betortz; hortz kanino
Arco dentario.....	Hortz-arku	Compostura con soldadura.....	Soldadurazko konponketa
Atrición excesiva de los dientes.....	Gehiegizko hortz-atrizio	Compostura de prótesis de resina.....	Erretxinazko protesi-konponketa
Attache dalbo.....	Dalbo krisketa	Compostura de prótesis fija; reparación de prótesis fija.....	Protesi finkoaren konponketa
Attache hembra.....	Krisketa eme	Concrescencia dental.....	Hortzen konkreszentzia
Attache roach.....	Roach krisketa	Corona cerámica semipreciosa	Zeramikazko koroa erdibaliotsu
Añadir gancho	Kakoa gehitze	Corona dental.....	Hortz-koroa
Blanqueamiento	Zuritze	Corona richmond (espiga).....	Richmond koroa (burua)
Blanqueamiento de no vitales	Bizigabeak zuritze	Cubeta termoformada para blanqueamiento	Zuritzeko aska termoformatu
Blanquear los dientes	Hortzak zuritze		
Bruxismo; rechinar de dientes	Bruxismo; hortz-karraska		
Cálculo dentario; sarro (dental)	Hortzetako lertzo; sarro		
Canino; diente canino; colmillo	Letagin; betortz; hortz kanino		
Caries	Txantzar		
Carillas estéticas de composite	Konpositezko alde estetikoak		

EXCELENTE LOCAL Y DOS PISOS EXTERIORES CÉNTRICO EN RENTERIA

SITUADO EN LA CALLE VITERI, Nº 35-1º A, CON CINCO HUECOS, EXTERIOR EN ESQUINA Y ZONA PEATONAL DE FÁCIL ACCESO DOTADO DE INSTALACIONES EXCELENTES CONDICIONES FINANCIERAS FACILIDADES DE ADQUISICIÓN PREVISTO PARA CONSULTAS MÉDICAS

638 291 773-74



C/ Viteri, Nº 39-1º izda.
RENERIA (Gipuzkoa)



Cuello dental.....	Hortz-lepo; hortzaren lepo	Diente molar; molar; muela.....	Molare; atzeko hagin; hagin
Cureta.....	Kureta; karraka	Diente permanente.....	Hortz iraunkor
Curetaje.....	Kuretaje; karrakatze	Diente postizo.....	Hortzorde
Dentadura.....	Hortz-haginak	Diente supernumerario.....	Hortz supernumerario
Dentadura postiza.....	Ordezko hortz-haginak	Dolor de muelas.....	Haginetako min
Dental; dentario.....	Hortz-; hortzetako; hortzaren	Drenaje de un absceso.....	Abzesu-drainadura
Dentición (período).....	Hortzaro	Drenar.....	Drainatu
Dentición (conjunto de dientes).....	Hortzeria	Empastar.....	Enpastatu; oreztatu
Dentición completa.....	Hortzeria oso	Empaste.....	Enpaste; oreztapen
Dentición de leche.....	Esne-hortzeria	Encía.....	Oi; hortzoi
Dentición definitiva.....	Behin betiko hortzeria	Endodoncia.....	Endodontzia
Dentina; marfil dentario.....	Dentina; hortz-boli	Endodoncia de 1 conducto.....	Kanal bateko endodontzia
Desensibilización tópica.....	Desentsibilizazio topiko	Endodoncia de 2 conductos.....	Bi kanaleko endodontzia
Desgaste oclusal de los dientes.....	Hortzen higadura oklusal	Enfermedad periodontal.....	Gaixotasun periodontal
Desgaste proximal de los dientes.....	Hortzen higadura proximal	Erosión dental.....	Hortz-higadura; hortzen higadura
Desobturación de endodoncia.....	Endodontzia libratze	Erupción dentaria.....	Hortzaldi; hortzak irtete
Diastema del diente.....	Hortz(aren) diastema	Esmalte dental.....	Hortz-esmalte
Diente.....	Hortz	Exodoncia simple.....	Exodontzia soil
Diente canino; canino; colmillo.....	Letagin; betortz; hortz kanino	Exploración; revisión.....	Miaketa; azterketa; berrikuspen
Diente de leche; diente caduco.....	Esne-hortz; esneko hortz; hortz erorkor	Extirpar.....	Erauzi
Diente evaginado.....	Hortz ebaginat	Extracción.....	Ateratze; erauzketa
Diente impactado.....	Hortz inpaktatu	Extracción cordal incluido.....	Azaleratu gabeko 3. hagina ateratze
Diente incisivo; incisivo.....	Ebakortz	Extracción de deciduo.....	Erorkorra ateratze
Diente invaginado.....	Hortz inbaginatu		

UNIDAD DE VÉRTIGO Y ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO

HOSPITAL QUIRON DONOSTIA
Parque Alkolea, 7 / Tels.: 943 32 26 46 - 943 43 71 00
20012 SAN SEBASTIAN

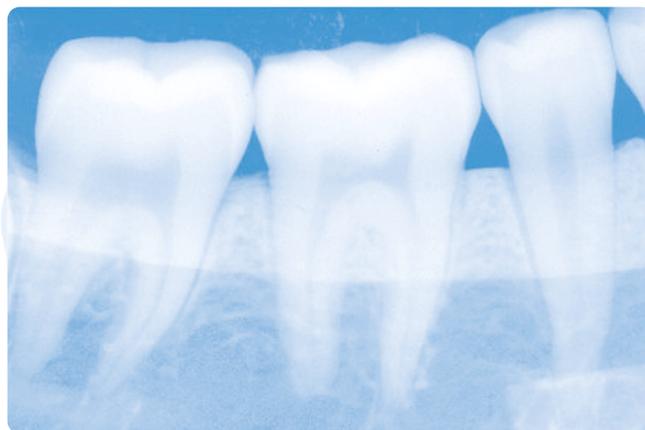
CENTRO CLINICO DONOSTI
Urbietta, 39 -1º izda / Tel.: 943 47 18 85
20008 SAN SEBASTIAN

DR. FERMIN MATELLANES
OTORRINOLARINGOLOGIA

Aux: N. ALKIZA
Aux: G. GARMENDIA

CRANEOCORPOGRAFIA DE CLAUSSEN
VIDEONISTAGMOGRAFIA COMPUTERIZADA
POSTUROGRAFIA
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TRONCO CEREBRAL
OTOEMISIONES ACUSTICAS

Extracción quirúrgica	Kirurgia bidez ateratze; erauzketa kirurgiko
Extracción de resto radicular.....	Sustrai-hondarra ateratze
Extraer (un diente, una muela).....	(Hortza, hagina) atera
Fases de prótesis completa.....	Protesi osoaren faseak
Fases de prótesis fija.....	Protesi finkoaren faseak
Fenestración	Fenestrazio; irekigunea egite
Férula de descarga	Deskarga-ferula; arintze ferula
Férula de fluorización.....	Fluorazio-ferula
Férula de reposicionamiento mandibular	Baraila birkokatze ferula
Ferulización con composite.....	Konpositezko ferulazio
Flemón	Flemoi
Fluor	Fluor
Fluoración del agua.....	Uraren fluorazio
Fluoración tópica.....	Fluorazio topiko
Fluorosis dental.....	Hortz-fluorosi
Fórmula dentaria	Hortz-formula
Fractura de los dientes	Hortz-haustura
Frenectomía.....	Frenektomia; mihi-hariaren erauzketa
Frenillo de la lengua.....	Mihi-hari
Funda (de un diente).....	Zorro; hortz-zorro
Funda provisional acrílica	Behin-behineko zorro akriliko



Fusión de los dientes.....	Hortzen bat-egite; hortzen fusio
Gingivectomía.....	Gingibektomia; ohi erauzketa
Gingivitis	Gingibitis
Gingivoplastia	Gingiboplastia
Gran reconstrucción	Birmoldaketa sakon
Hemisección coronaria.....	Koroa erdibitze
Higiene dental; higiene bucodental.....	Hortz-higiene; aho-hortzetako higiene
Higienista bucodental.....	Aho-hortzetako higienista

Los portátiles TOSHIBA, tienen un reconocido prestigio, demostrado a lo largo de muchos años. La presente oferta, abarca un modelo estándar para todo tipo de trabajos (C650) y dos modelos ligeros, para usuarios muy viajeros. Si Vd. necesita otras opciones, le asesoraremos profesionalmente.

Toshiba Satellite C650

Toshiba Satellite C650-142 - P P6000 / 1.86 GHz - RAM 4 GB - disco duro 500 GB DVD±RW (±R DL) / DVD-RAM - HD Graphics WLAN : 802.11 b/g/n - Windows 7 Home Premium 64-bit - 15.6" Panorámico TFT 1366 x 768 (WXGA) TruBrite - cámara - negro con patrón texturado (Peso 2,5 Kg)

570€ + IVA

Toshiba Satellite T130-15K

Toshiba Satellite T130-15K - Core 2 Duo SU7300 / 1.3 GHz VUB - RAM 4 GB - disco duro 500 GB GMA 4500M HyperMemory hasta 1789 MB WLAN : 802.11 a/b/g/n, Bluetooth 2.1 EDR Windows 7 Home Premium 64-bit 13.3" Panorámico TFT 1366 x 768 (WXGA) TruBrite cámara (Peso 1,8 Kg)

590€ + IVA

Toshiba Satellite T110-10N

Toshiba Satellite T110-10N - P SU2700 / 1.3 GHz VUB - RAM 4 GB - disco duro 320 GB GMA 4500M - WLAN : 802.11 a/b/g/n, Bluetooth 2.1 EDR - Windows 7 Home Premium 64-bit 11.6" Panorámico TFT 1366 x 768 (WXGA) TruBrite cámara - noble black (Peso 1,5 Kg)

398€ + IVA

GESTION X-LAN INFORMATICA S.A.



ORDENADORES Y PERIFERICOS / CONFIGURACIONES A MEDIDA
DISEÑO E INSTALACIÓN DE REDES WINDOWS
MANTENIMIENTOS CONCERTADOS CON EMPRESAS
SISTEMAS AUDIOVISUALES Y VIDEOCONFERENCIA
SOLUCIONES INTERNET, ACCESOS, DOMINIOS, CORREO...
ALQUILER DE EQUIPOS / ALQUILER DE AULA PARA CURSOS Y PRESENTACIONES

PARQUE EMPRESARIAL ZUATZU
Zuatzu Kalea, 1-planta baja. Local 2
20018 Donostia - San Sebastián
Teléfonos: 943 31 02 23 - 943 21 10 50
Fax: 943 21 10 50
e-mail: info@xlan.com • www.xlan.com

Hilo dental; hilo interdental.....Hortzetako hari
 Implante.....Inplante
 Impresión con alginato.....Alginatoan inprimatze
 Impresión con silicona.....Silikonan inprimatze
 Incisivo; diente incisivo.....Ebakortz
 Incisivo central.....Erdiko ebakortz
 Incisivo lateral.....Alboko ebakortz
 Incrustación composite.....Konpositezko inkrustazio
 Instrumentación de endodoncia.....Endodontziako tresneria
 Kit de blanqueamiento domiciliario.....Etxean zuritzeko kit
 Legrado de alveolo.....Albeolo-kuretaje
 Levantar prótesis fija.....Protesi finkoa altxatze
 Maloclusión.....Maloklusio; oklusiogaizto
 Mandíbula; maxilar inferior.....Baraila; beheko masailazur
 Mantenedor de espacio.....Tarte-mantentzaile
 Marfil dentario; dentina.....Hortz-boli; dentina
 Maxilar superior.....Goiko masailazur
 Mecánico de prótesis dentales.....Hortz-protesien mekanikari
 Médico odontólogo; odontólogo.....Odontologo
 Membrana periodontal.....Mintz periodontal
 Molar; diente molar.....Molare; atzeko hagin
 Modelos de estudio.....Ikerketa-ereduak
 Mordida en cera.....Argizaritan hozka egite
 Muela; diente molar; molar.....Hagin; atzeko hagin; molare
 Muela del juicio.....Zuhurragin; judizioko hagin

Muñón.....Motzondo
 Muñón colado.....Motzondo isuri
 Muñón colado semiprecioso.....Motzondo isuri erdibaliotsu
 Obturación I distal.....Urrutiko zulo-betetze I
 Obturación I incisal.....Ebaki aldeko zulo-betetze I
 Obturación I lingual.....Mihi aldeko zulo-betetze I
 Obturación I mesial.....Hurbileko zulo-betetze I
 Obturación I oclusal.....Oklusio aldeko zulo-betetze I
 Obturación I palatina.....Ahosabai aldeko zulo-betetze I
 Obturación I vestibular.....Masail aldeko zulo-betetze I
 Obturación 2 disto-lingual.....Urrutiko/mihi aldeko 2 zulo-betetze
 Obturación 2 disto-palatina.....Urrutiko/ahosabai aldeko 2 zulo-betetze
 Obturación 2 disto-vestibular.....Urrutiko/masail aldeko 2 zulo-betetze
 Obturación 2 mesio-lingual.....Hurbileko/mihi aldeko 2 zulo-betetze
 Obturación 2 mesio-palatina.....Hurbileko/sabai aldeko 2 zulo-betetze
 Obturación 2 mesio-vestibular.....Hurbileko/masail aldeko 2 zulo-betetze

“CUIDAMOS DE SU SALUD”

Desde 1921

Paseo Ubarburu, 11 trasera
 20014 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN
 Tel. Oficina: 943 46 31 36
 Fax: 943 45 59 15
 coordinacion@ambulanciasmaiz.com

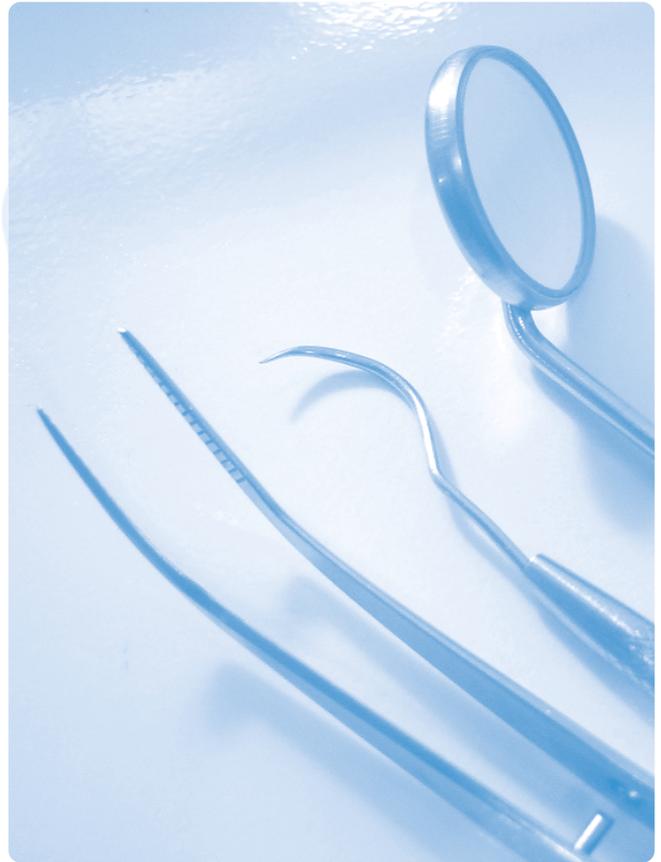
URGENCIAS: 943 46 33 33

24 horas a su disposición
Servicios privados
Seguros

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco

REGISTRO PUBLICIDAD SANITARIA Nº 60/09

Obturación 2 ocluso-distal	Urrutiko oklusio aldeko 2 zulo-betetze
Obturación 2 ocluso-lingual	Oklusio/mihi aldeko 2 zulo-betetze
Obturación 2 ocluso-mesial	Hurbileko/oklusio aldeko 2 zulo-betetze
Obturación 2 ocluso-palatina.....	Oklusio/sabai aldeko 2 zulo-betetze
Obturación 2 ocluso-vestibular	Oklusio/masail aldeko 2 zulo-betetze
Obturación 3 compleja.....	3 zulo-betetze konplexu
Obturación 3 m.o.d. (mesio-ocluso-distal)	Hurbileko/oklusio aldeko/urrutiko 3 zulo betetze
Odontoestomatología.....	Odontoestomatologia
Odontogénesis.....	Odontogenesi
Odontalgia.....	Hortz-haginetako min
Odontología	Odontologia
Odontólogo; médico odontólogo.....	Odontologo
Ortodoncia	Ortodontzia
Ortodoncista.....	Ortodontista
PADI, Programa de Asistencia Dental Infantil.....	Haurren Hortzak Zaintzeko Programa, PADI
Paladar.....	Ahosabai
Pasta de dientes.....	Hortzetako pasta
Pegar carilla estética	Alde estetikoak itsaste
Periodoncia.....	Periodontzia
Periodontitis	Periodontitis
Periodonto.....	Periodonto
Periodontosis	Periodontosi
Perno.....	Berno
Pieza dentaria	Hortz-pieza
Pigmentación de los dientes.....	Hortz(etako) pigmentazio
Pin	Pin
Placa dental.....	Hortzetako plaka
Placa de ortodoncia removable.....	Ortodontzia-plaka mugigarri
Porcelana dental	Hortz-portzelana
Premolar.....	Premolare; aurreko hagin
Protección pulpar directa.....	Mamiaren zuzeneko babes
Protésico dental.....	Hortz-protésigile
Prótesis dental; prótesis dentaria.....	Hortz-protési
Prótesis esquelética inferior	Beheko eskeleto-protési
Prótesis esquelética inferior inmediata.....	Beheko berehalako eskeleto-protési
Prueba de ceras	Argizari-proba
Puente de cerámica semiprecioso	Zeramikazko zubi erdibaliotsu
Puente fijo de metal-resina	Metal/erretxinazko zubi finko
Pulido	Leunketa
Pulpa dentaria.....	Hortz-pulpa; hortz-mami
Pulpectomía parcial.....	Pulpektomia partzial; mami-erazketa partzial
Pulpotomía.....	Pulpotomia; mami-ebaketa
Quistectomía.....	Kistektomia; kiste-erazketa
Radiografía	Erradiografia
Radiografía apical.....	Hortz-puntaren erradiografia
Radiografía de aleta derecha.....	Eskuineko hegalaen erradiografia



Radiografía oclusal.....	Oklusio-erradiografia
Radiografía panorámica.....	Erradiografia panoramiko
Raíz dental.....	Hortz-sustrai
Raíz dental retenida	Hortz-sustrai arreduki
Rebase.....	Oinarri-betetze
Recementar	Birzementatu; birzementatze
Rechinamiento de dientes; bruxismo.....	Hortz-karraska; bruxismo
Regularización de cresta.....	Gandorra erregularizatze; gandorra gastatze
Reobturación.....	Berriro betetze
Retirar sutura.....	Jostura kentze
Retoque.....	Ukitua (emate)
Revisión; exploración	Miaketa; azterketa; berrikuspen
Salivación	Listu-jario; listu-jariaketa
Sarro (dental); cálculo dentario	Hortzetako lertzo; sarro
Sellador de fisuras y puntos.....	Pitzadura- eta txulo-zigilagailu
Sellar	Zigilatu
Sialorrea; tialismo	Gehiegizko listu-jariaketa
Superficie dentaria	Hortz-azalera
Surco gingival.....	Ildo gingibal; oien arteko ildo
Sondaje.....	Zundaketa
Tallado selectivo	Taillaketa selektibo; hautazko taillaketa
Tallar	Taillatu
Tartrectomía.....	Tartrektomia; lertzo-garbiketa
Torno.....	Tornu
Trastorno de la odontogénesis.....	Odontogenesiaren trastorno

Soluciones BANKOA a distancia



BankoaNET,
www.bankoa.com



**Banca
Teléfono:**
902 444 222



**Servicio
de alertas
SMS**

Elena Eloseggi Vallejo

Directora de Sanidad de Gipuzkoa

"Los equipos de Atención Primaria son el pilar de la atención de los pacientes crónicos"

2003. urtetik 2008 urtera bitartean bi ospitale-zentrotan egindako esperientzia pilotuaren ondotik, Gipuzkoak badu gaur egun patologia ugari dituen paziente kronikoari arreta emateko zerbitzu berezitua, gaixo horiek beren premien arabera artatuak izateko modua ematen duena, hain zuzen ere. Programa hau ezarri aurretik, era horretako pazienteen patologia kronikoak okerrera egiten zuenean, larrialdiko zerbitzuetan ingesatzen zituzten aurrena, hortik akutuen ospitale batera pasatu eta, azkenik, egonaldi ertaineko ospitale batera itzultzeko. Sistema berri honek berekin du pazienteen balorazio integrala egiteko tresna. Gipuzkoako Osasun Zuzendari Elena Eloseggi doktoreak azaltzen duen bezala, Gipuzkoa izan da hainbat patologia pairatzen dituzten paziente kronikoen arretaren barruan diziplinarteko laguntza eta balorazio integrala sartu dituen aurreneko lurralde historikoa.

Gipuzkoa, tras una experiencia piloto realizada en dos centros hospitalarios entre los años 2003 y 2008, cuenta con un servicio de atención al paciente crónico pluripatológico que permite que éste sea atendido según sus necesidades. Antes de implantar este programa, cuando se agravaba la patología crónica de este tipo de pacientes, primero eran ingresados en los servicios de urgencia, para de allí pasar a un hospital de media estancia. Este nuevo sistema incorpora una valoración integral de los pacientes. Tal y como explica la Directora de Sanidad de Gipuzkoa, la doctora Elena Eloseggi, Gipuzkoa ha sido el primero de los territorios históricos en incorporar la valoración integral y la atención interdisciplinaria en la atención de los pacientes crónicos aquejados de diversas patologías.

¿En qué consiste el sistema de atención a pacientes pluripatológicos implantado en Gipuzkoa?

Se trata de la primera experiencia de la Comunidad Autónoma del País Vasco en la gestión del paciente crónico pluripatológico que incorpora otras intervenciones como la valoración integral y la atención interdisciplinaria. Los primeros pasos para implantar este programa se dieron ya el año 2002, cuando el Servicio de Admisión Centralizada de Gipuzkoa, formado por un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos llevó a cabo un estudio de perfiles asistenciales de pacientes crónicos ingresados en hospitales de Gipuzkoa. Esta comparativa entre centros de media estancia –uno público, el hospital Amara, y otro concertado, la Fundación Matia– reflejó que la atención al paciente crónico pluripatológico con cierto grado de dependencia y que volvía a ingresar no era la más adecuada, pues ponía de manifiesto que, más que pruebas diagnósticas y terapéuticas, estos pacientes necesitaban modificaciones en sus planes de cuidado.

Visto esto, ¿cómo se abordó el problema? ¿Qué pasos se dieron?

En primer lugar, y para adecuar los recursos disponibles a las necesidades de los pacientes crónicos pluripatológicos de Gipuzkoa, se estableció una alianza estratégica entre el Servicio de Admisión centralizada y el Servicio de Planificación de la Dirección territorial. Así, con este objetivo, en 2004 se implantó una valoración integral de pacientes en la que además de la parte médica y de enfermería se integra la valoración social. Se pasa de una visión puramente biomédica a un abordaje holístico que garantiza que se identifiquen las necesidades de cada paciente.

¿Qué implica hacer una valoración integral del paciente?

Supone, fundamentalmente, un cambio en la manera de mirar de los profesionales sanitarios, ya que de dar más



importancia a las enfermedades que sufre el paciente, pasan a contar tanto con el paciente como con su entorno.

A la hora de poner en marcha el sistema, ¿qué participación y colaboración se ha dado entre los distintos niveles asistenciales?

Con el tiempo, esta primera experiencia se ha ido nutriendo de otras alianzas. Así, en 2006, el Servicio de Urgencias del Hospital Donostia pone en marcha un sistema de estratificación y monitorización de la población, para así evitar ingresos innecesarios de pacientes agudos. Este sistema permite reorientar a los pacientes hacia los recursos asistenciales más adecuados a su situación.

¿Cuándo concuerdan esta estrategia y la de crónicos del Departamento de Sanidad y Consumo?

A partir de esta experiencia, este mismo año 2010, la Dirección Territorial de Gipuzkoa se alinea con la estrategia de crónicos del Departamento de Sanidad y amplía su campo de actuación estableciendo objetivos estratégicos dirigidos a los cuatro niveles de atención. Es decir, a la promoción y prevención de la población general; a la búsqueda de pacientes activos crónicos en tratamiento de su enfermedad; a pacientes crónicos de

alto riesgo mediante gestión por enfermedades; y a pacientes de alta complejidad haciendo gestión de casos.

¿Qué papel corresponde en todo esto a la Atención Primaria?

Fundamental, pues hemos de tener en cuenta que la actividad de los equipos de Atención Primaria constituye el pilar de la atención a los pacientes, en general, y de los crónicos, en particular. Es decir, que los médicos y enfermeras de Atención Primaria llevan muchos años atendiendo a estos pacientes; la puesta en marcha de esta estrategia únicamente pretende organizar y facilitar, de alguna forma, esta labor, devolviendo el paciente a su verdadero responsable. El paciente debe permanecer en su domicilio gracias a los cuidados de los equipos de atención primaria coordinados con los trabajadores sociales de base. Podría decirse que queremos crear equipos de Atención Primaria socio sanitarios sustentados en enfermeras gestoras del casos y soportados en el programa Osarean.

¿Significa esto que el modelo de atención debe cambiar?

Efectivamente. Caminamos hacia un sistema proactivo, de promoción del autocuidado, que desarrolle nuevos roles de enfermería que, en la práctica diaria, incorpore la valoración integral, así como las intervenciones

multidisciplinares y que apueste por la atención continuada frente a la atención episódica. Todo esto requiere sumar las sinergias de todos los agentes implicados, también de la Diputación y los Ayuntamientos. Igualmente implica que el domicilio es el principal provisor de cuidados al paciente, con el apoyo, evidentemente, de la telemedicina y la coordinación de los profesionales que deben trabajar para prevenir la dependencia que acompaña a las enfermedades crónicas.

¿Qué objetivos tiene la Dirección de Sanidad de Gipuzkoa en este campo?

En relación con el paciente crónico trabajamos en distintos frentes. Por un lado, en la prevención de la dependencia funcional contamos, desde el pasado mes de mayo, con una unidad de Ortogeriatría, por la que antes del verano habían pasado 35 pacientes intervenidos de fractura de cadera, con unos resultados magníficos.

Además, para antes de fin de año queremos tener un servicio de rehabilitación domiciliaria presencial y multicanal. Desde un punto de vista de gestión, a lo largo de 2011, pretendemos implementar todos los proyectos que constituyen la estrategia de crónicos en una comarca. Así, utilizando el proyecto multicanal, aspiramos a lograr una inspección médica "sin papeles". Además, en colaboración con la Diputación, hemos iniciado un plan de atención al paciente frágil ingresado

en centro gerontológico a través de telemedicina; y para el próximo año tenemos previsto iniciar acciones de promoción de la actividad física para distintos grupos de población.

Asimismo, apoyamos el desarrollo de un plan socio sanitario que cuente con un sistema de información compartido; con la externalización de los enfermos mentales crónicos, a través del desarrollo de recursos intermedios; con la planificación de altas hospitalarias, garantizando la continuidad asistencial; con el desarrollo del modelo de Hospital de Sub-agudos, cercano a la comunidad y como soporte de los equipos de Atención Primaria; y con el desarrollo de equipos de atención primaria socio sanitaria, cuya experiencia piloto está previsto llevar a cabo en cuatro municipios. Sin olvidar, por supuesto, la receta electrónica y la historia clínica integrada.

¿Qué papel juegan en todo esto los profesionales?

Es evidente de que todo esto requiere un cambio para lograr que el profesional sanitario se relacione con un paciente activo responsable de su enfermedad.

Y para que este cambio sea posible, quienes están en contacto con los problemas del día a día, los profesionales pueden aportar una nueva perspectiva al paciente. El protagonismo, por tanto, debe recaer en los profesionales.



ENTREVISTA A:

D. José Luis Trespaderne

Gerente de INSA3 SISTEMAS, S.L.



¿Cuáles son los sectores en los que trabaja INSA3 SISTEMAS?

Básicamente trabajamos en dos grandes sectores:

En el DOMÉSTICO nuestros servicios son:

- Sistemas de proyección (Proyectores, LED, Plasma, LCD), Home Cinema, Sistemas distribuidos de Audio y Vídeo (Multi-Room), Mobiliario HI-FI, Mandos universales y control (persianas, estores, iluminación, etc).

Y en el PROFESIONAL:

- El diseño e instalación de equipamiento audiovisual para salas de formación, salas de juntas, salones de actos y presentaciones, salas de prensa, etc.
- La automatización y control de procesos.
- Y los programas de mantenimiento.

¿Qué es INSA3 SISTEMAS?

INSA3 SISTEMAS S.L. es una empresa dedicada a la Asesoría, Instalación, Venta, Mantenimiento y Diseño de Sistemas Audiovisuales y de Control.

¿Qué soluciones ofrece a sus clientes?

En INSA3 SISTEMAS S.L. nuestro objetivo es dotar de soluciones ágiles, específicas y profesionales que aporten al cliente la tranquilidad de contar con unos servicios que garanticen el buen funcionamiento de sus instalaciones audiovisuales. Nuestra experiencia y el grado de satisfacción de nuestros clientes nos avalan para acometer nuevos proyectos.

Logitech®
Harmony 300i Remote. Control multidispositivo (4 Dispositivos), Control de actividades mediante una pulsación, botones programables. Fácil de configurar. Fácil de usar. Alimentación 2 pilas AA.
P.V.P. 29,00€

Más Mandos... NO

Logitech®
Harmony 700 Advance Universal Remote. Control multidispositivo (6 Dispositivos), Pantalla Color 1,5", Control de actividades mediante una pulsación. Alimentación 2 Baterías NiMh AA recargables.
P.V.P. 98,00€

RTI It's Under Control®
RTI T1-B. permite que todos los mandos a distancia puedan ser combinados dentro de un único y ergonómico interface de usuario, proporcionando un potente sistema de control manejable con una sola mano. El **T1-B** también puede controlar iluminación, cortinas, estores, etc., bien directamente o con accesorios disponibles. La activación por movimiento, junto con una batería de Lithium-Ion y una dock de carga, le aseguran horas ininterrumpidas de control.
Programación básica incluida. (*)
* La programación de los productos RTI se realiza con "Integration Designer". Software sólo disponible para integradores.
P.V.P. 295,00€

Solicite Demostración Gratuita

INSA3 SISTEMAS S.L.
Avda. Carlos I, 5 bajo. Oficina 4.
20011 Donostia-San Sebastián
Tel/Fax: 943 475 227
info@insa3.com
www.insa3.com

Oferta Colegiados Válida hasta el 15 de Enero de 2011. IVA 18% Incluido.

Consultas de alta resolución de MEDICINA INTERNA

Ospitaleko ingresua saihestea da Barne Medikuntzako erresoluzio-maila altuko Kontsultak izenarekin sortu zen zerbitzuaren helburu nagusia. Zerbitzu hori 2002. urtean jarri zen martxan Donostia ospitalean. Bertako barne-medikua eta ekimenaren bultzatzaileetako bat den Gabriel Zubillagak zerbitzuaren funtzionamenduaren berri ematen digu ondorengo orrialdeetan.

Evitatar el ingreso hospitalario es el objetivo principal del servicio denominado Consultas de alta resolución de Medicina interna, puesto en marcha en 2002 en el Hospital Donostia. Gabriel Zubillaga, médico internista y uno de los impulsores de esta iniciativa, nos relata su funcionamiento.

Alrededor de 120 consultas semanales son atendidas en el servicio denominado Consultas de alta resolución de Medicina interna del Hospital Donostia, adscrito a Osakidetza, y puesto en marcha en 2002 por un equipo de médicos internistas entre los que se encuentra el doctor Gabriel Zubillaga.

El objetivo primordial de esta consulta, que ha sido adaptada por otras especialidades del mismo hospital, es descongestionar la atención primaria evitando el ingreso hospitalario. Antes que al paciente, este servicio está destinado a los médicos de atención primaria que se dirigen a los internistas en busca de un diagnóstico.

"Suele ser el médico de atención primaria o los especialistas los que se dirigen a nosotros ya que buscan una opinión del internista en un determinado tema, de una forma relativamente rápida y evitando, de esta forma, el ingreso hospitalario, aspecto en el que está la clave de este servicio", explica Zubillaga. Para el internista, "la filosofía del hospital persigue cada vez más menos ingresados y más consultas. La cama no cura, sino que muchas veces trae consigo más problema"; y advierte: "antes que rápida resolución nos



Dr. Gabriel Zubillaga

referimos a pronta o alta respuesta". Cuando se creó esta consulta, el objetivo que se perseguía era que aquellos enfermos que entrasen en urgencias fueran diagnosticados por un internista a la mañana siguiente sin ser ingresados y que los pacientes en planta, pendientes de una prueba, fueran enviados a su domicilio y volviesen al hospital para conocer los resultados; siempre en los casos en que esto fuese posible.

En resumen, agilizar las altas y evitar los ingresos innecesarios. *"Esto causó cierto impacto por su novedad, aunque ya se estaba aplicando en otros países y en Comunidades como Andalucía"*, precisa Zubillaga.

En la actualidad, el protocolo asignado para este servicio tiene en cuenta los siguientes objetivos:

- Facilitar el estudio hospitalario en régimen ambulatorio a pacientes con determinadas patologías que necesitan celeridad en el diagnóstico y en el tratamiento, permitiendo la continuidad del paciente en el domicilio y evitando su ingreso.
- Intentar manejar de forma ambulante a los pacientes con elevada complejidad.
- Colaborar con el médico de atención primaria como consultor ante dudas puntuales y globales de manejo a los pacientes por vía telefónica.

Las patologías a las que, fundamentalmente se dirige esta iniciativa son: ganglios, adenopatías o masas a estudio; anemias; sospechas de tumores ocultos, síndrome constitucional; insuficiencia cardíaca crónica para optimizar su estudio y ajuste de tratamiento; sospecha de enfermedades complejas (enfermedades sistémicas, endocrinas, metabólicas, degenerativas); o riesgo vascular (tensión alta, diabéticos, personas con trombosis...).

Asimismo, aun teniendo en cuenta que *"los internistas somos buenos diagnosticadores"*, este servicio debe contar con pruebas complementarias que ayuden a los facultativos a realizar un diagnóstico. *"Hablamos de escáneres adecuados, TACS, técnicas de imagen, gastroscópicas y laboratorio por lo que disponer de un tiempo estipulado en radiología y endoscopia para resolver esa consulta y acelerar el proceso diagnóstico resulta fundamental, aunque no siempre ocurre"*, reconoce el médico. A pesar de todo, el balance es muy satisfactorio, de manera que un 30% de los pacientes que se

envían a esta consulta desde urgencias no ingresan finalmente en el hospital. Asimismo, si en un principio se contaba con un médico, actualmente son ocho los facultativos destinados a esta consulta tanto a las mañanas como algunas tardes. *"Cada semana se ven hasta 40 consultas, lo que supone unas 120 al mes. Además, si antes las consultas procedían mayoritariamente de urgencias, ahora resolvemos también consultas de atención primaria y de otras especialidades. Estos médicos nos envían sus peticiones de consulta que se distribuyen entre todos los médicos del servicio, agilizando el diagnóstico de sus pacientes"*.

Al paciente en la primera consulta se le atiende en treinta minutos, mientras que a las sucesivas consultas se le dedica quince minutos. Al finalizar el proceso diagnóstico, se devuelve a la persona atendida al médico de atención primaria. *"El paciente vuelve a su médico, de manera que se establece un vínculo de unión entre la atención primaria y hospitalaria, destinado a darle al paciente el alta médica lo antes posible"*, relata Zubillaga.

Cada paciente recibe un pequeño informe que se incluye a su vez en su historial y recibe también su médico. Esta consulta de alta resolución ha sido muy bien recibida en el centro, hasta el punto que ha sido adaptada en otras especialidades del Hospital Donostia como neumología, cardiología, endocrinología, neurología y se ha implementado también en otros hospitales vascos de la red de Osakidetza.

"Se trata de dar una solución rápida y puntual a los problemas que plantean los pacientes y, sobre todo, dar una respuesta a los médicos de atención primaria y urgencias. A día de hoy el objetivo fundamental es que en radiología y endoscopia nos den un hueco para poder agilizar estas dudas, ya que si debemos esperar a la hora de realizar las pruebas, desvirtuamos el servicio". Con todo, Gabriel Zubillaga es consciente de que, precisamente en este punto, radica la mayor dificultad ya que *"la demanda siempre es mayor que la oferta"*.

CONVENIO DE COLABORACIÓN

Gipuzkoako Sendagileen
Elkargo Ofiziala



Colegio Oficial de Médicos
de Gipuzkoa

+



INGLÉS Y EUSKERA

Clases a tu medida • Horarios Flexibles • Pensado para profesionales • No perderás clases

condiciones
económicas
ESPECIALES
DE MATRICULACIÓN

para integrantes del Colegio
Oficial de Médicos de Gipuzkoa
(Personal, colegiado, familiar
en primer grado o personal
de consulta de los
colegiados)

vas a aprender

palabra



infórmate en nuestro
centro de DONOSTIA - SAN SEBASTIAN

Zubieta, 26.
Tel. 943 43 31 02

www.mondragonlingua.com

La carga de las enfermedades crónicas

DR. JAVIER MAR

Unidad de Investigación Sanitaria Gipuzkoa Oeste
Hospital Alto Deba. Arrasate-Mondragón

Herrialde industrializatuetan nagusitzen diren gaixotasunak arras aldatu dira azken 100 urteotan. XX. mendearen aurreneko erdian, Medikuntzak gaixotasun infekziosoen arretan jarri zuen bere ardurua nagusia eta, horri esker, epidemiologoek hainbat metodo garatu zituzten gaitz horiek aztertzeko, gaixotasuna eragiten zuen germenean eta gaitzak hilkortasunean zuen eraginean oinarrituz batik bat. Mendearen bigarren erdian, ordea, gaixotasun akutu ez-infekziosoak gailendu ziren, minbizia eta gaitz kardiobaskularrak batik bat. Garai horretan ordura arte nagusi zen Mikrobiologiak arrisku-faktore kardiobaskularren eta minbiziaren arrisku-faktoreen identifikaziora bideratutako azterketei utzi zien lekua. Baina, hala ere, biziraupen-analisek jarraitu zuten izaten patologia desberdinek eta arrisku-faktoreek hilkortasunean duten eragina neurtzeko funtsezko metodoa. XXI. mendean aldaketa berri bat ari gara ikusten herrialde industrializatuetako profil epidemiologikoan. Gaixotasun kronikoak dira gaur egun gizartearentzat kargarik handiena dakarten gaitzak. Gaixotasun kronikoen eragina dute hilkortasunean, noski, baina desgaitasun eta ezintasun-egoeran bizi den biztanle gero eta gehiago sorraraztea da gaitz horiek osasun-galeran duten eraginik handiena.

Las enfermedades predominantes en los países industrializados han cambiado a lo largo de los últimos 100 años. En la primera mitad del siglo XX la Medicina estuvo centrada en la atención a las enfermedades infecciosas y, en consecuencia, los epidemiólogos desarrollaron métodos para estudiarlas básicamente en función del germen causal y de su impacto en la mortalidad. La segunda mitad de ese siglo se caracterizó por el auge de las enfermedades agudas no infecciosas como cáncer y cardiovasculares. En esa época la Microbiología dejó paso a los estudios dirigidos a la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares y del cáncer. Sin embargo, el análisis de supervivencia siguió siendo el método clave para medir el impacto en la mortalidad de las diferentes patologías y de los factores de riesgo. En el siglo XXI estamos asistiendo a un nuevo cambio en el perfil epidemiológico de los países industrializados. Las enfermedades que suponen la mayor carga para la sociedad son las enfermedades crónicas. Éstas tienen impacto en la mortalidad, pero su mayor impacto en pérdida de salud se debe a que producen un gran aumento de la población que vive en estado de discapacidad.

Las enfermedades crónicas implican un cambio en el paradigma epidemiológico. Así, el paradigma epidemiológico estándar se ha dirigido a la medida de la enfermedad, en aquellas que producen mortalidad, mediante el registro de la incidencia (Cáncer o EIC) en función de la prevalencia de factores de riesgo (tabaco, hipertensión).

Por el contrario, la medida de la enfermedad en las enfermedades que producen discapacidad se basa en la prevalencia (Discapacidad por niveles) en función de la incidencia de enfermedades causales (Ictus, Alzheimer, Esclerosis Múltiple,..). Sin embargo, los métodos dirigidos a la obtención de la prevalencia son escasos. El estudio que

hemos desarrollado en los últimos cinco años parte de estas premisas para abordar el cálculo de la prevalencia poblacional de los estados de discapacidad generados por las enfermedades mediante modelos matemáticos.

La justificación del estudio es el limitado interés que ha despertado la prevalencia como medida de la enfermedad. La razón que se da en los manuales es su escasa utilidad en los estudios etiológicos. Lo que ocurre es que con las enfermedades crónicas tenemos un problema añadido que es medir lo que suponen a nivel poblacional (prevalencia) y a nivel individual (discapacidad). Para lo cual hay que disponer de la incidencia de la enfermedad y de la evolución

de la prevalencia de los estados con costes y características de salud específicos. Como base para la construcción de diferentes modelos matemáticos y su aplicación en el cálculo de la prevalencia de la discapacidad ligada al ictus en la población vasca y española hemos utilizado la historia natural del ictus. El grupo que mejor se ajusta al perfil de enfermedad causante de discapacidad y, por tanto, de pérdida de calidad de vida son las enfermedades neurológicas. En dos de los trabajos realizados el método sirvió para medir el ahorro económico que supone una intervención como la trombolisis en el ictus que mejora el pronóstico funcional de los pacientes. Como resultado de este trabajo se han publicado tres artículos.

El primero de ellos describe un método nuevo basado en los modelos de Harkov. Para ayudar a entender sus aplicaciones se llevó a cabo un análisis del impacto presupuestario de la trombolisis en ictus en la población del País Vasco. Este trabajo, firmado por los doctores Mar, Sainz-Ezkerra y Miranda-Serrano, fue publicado en 2008 en la revista *Medical Decision Making* que le dedicó su editorial.

El segundo utilizó las ecuaciones diferenciales con el mismo objetivo. Dadas las dificultades metodológicas que esta herramienta matemática plantea, preferentemente se dirige al análisis epidemiológico, por lo que fue publicado por la revista *Neuroepidemiology* en 2008. Este artículo recibió el accésit de los premios a los mejores artículos de epidemiología publicados por autores españoles en 2008 y otorgados por la Sociedad Española de Epidemiología. Finalmente, en enero de 2010, firmado por los doctores Mar, Arrospe y Comas, la revista *Value in Health* ha publicado el artículo que trata del uso de la simulación con eventos discretos al cálculo de la prevalencia y su aplicación

al análisis del impacto presupuestario de la trombolisis en el ictus en la población española.

En la figura 1 se muestra la aplicación del cálculo de la prevalencia al análisis del impacto presupuestario. Por un lado se puede ver la evaluación del coste del tratamiento con trombolisis en España, asumiendo que el tratamiento se aplica a un 10% de los pacientes ingresados por ictus desde el año 2000. Por otro, la figura muestra la evolución del ahorro en costes sociales como consecuencia de haber evitado la discapacidad. Esta última cifra es el resultado de multiplicar la diferencia en prevalencia de discapacidad por ictus por el coste medio de cada paciente con discapacidad. A partir del año 2006 el ahorro es superior al coste de la intervención.

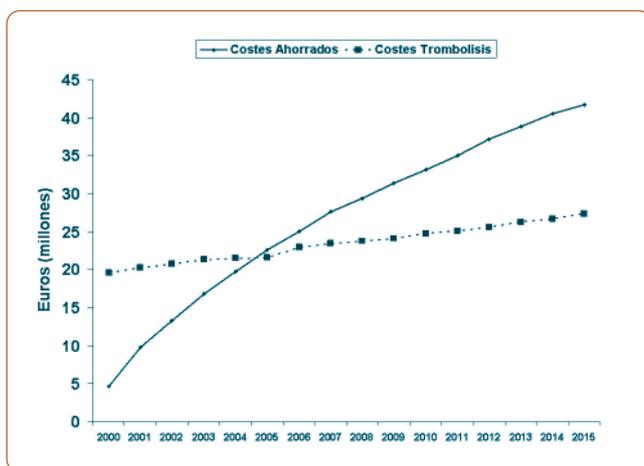
Al hablar de carga de la enfermedad, los médicos en seguida pensamos que es un tema de economistas. Sin embargo, los epidemiólogos tienen una importante tradición en la utilización de medidas de salud que combinan duración de la vida con algún sistema de ponderación de la calidad de vida o del funcionamiento. El ejemplo paradigmático es el estudio de Murray y López de 1996 titulado la carga global de la enfermedad y que lleva por subtítulo "Una valoración integral de la mortalidad y la discapacidad producida por las enfermedades, las lesiones y los factores de riesgo en 1990 y su proyección al 2020". Este estudio muestra las consecuencias para la salud de la población mundial de las diferentes enfermedades y su proyección en el año 2020.

Sin entrar a analizar con detalle los aspectos metodológicos o los resultados concretos del estudio, tiene interés reflexionar sobre el uso que se da a estos trabajos. Su principal objetivo es mostrar la importancia que tienen las diferentes enfermedades para poder asignar recursos a la investigación y a la atención sanitaria.

A pesar de que puede parecer lógico que se destinen más recursos a las enfermedades que generan mayor pérdida de salud, hay ejemplos en la literatura que dicen lo contrario. Como botón de muestra se puede señalar el artículo publicado, en 2001, por P. Rothwell en *Lancet* comparando los fondos destinados a la investigación en el ictus con los que tienen como objetivo el cáncer y la enfermedad isquémica del corazón. Su conclusión es que al ictus se destina entre 20 y 50 veces menos.

Sin embargo, según Murray y López, cuando se tiene en cuenta la discapacidad y no solamente la mortalidad, la carga en pérdida de salud que representa el ictus es de una dimensión parecida. El desarrollo de nuevos métodos de medida de la prevalencia se sitúa en esta línea de la Epidemiología. Sin embargo, es importante resaltar que aunque también se aplica en la evaluación económica de nuevos tratamientos o diagnósticos, su objetivo principal es medir el impacto en pérdida de salud de las diferentes enfermedades tal como históricamente han hecho los epidemiólogos.

FIGURA 1.



Análisis del impacto presupuestario de la trombolisis en el ictus en España asumiendo un 10 % de pacientes tratados

UNO DE LOS PRIMEROS NEUROPSIQUIATRAS DE GIPUZKOA

D. RICARDO BUENO ITUARTE

ANTONIO BUENO ERRANDONEA

Espainiako Neuropsikiatren Elkarteko kidea gerra zibilaren hasieran elkarteak desegin zen arte, Ricardo Bueno Ituarte neuropsikiatrak (1904-1956) parte-hartze bizi-bizia izan zuen bere ezagutzak zabaldu eta hedatzeko bidean Sendagileen Elkargoak argitaratzen zuen "Guipúzcoa Médica" izeneko aldizkariaren bidez —egungo Medikuen Ahotsa honen aitzindaria—, eta baita Gipuzkoako Akademia Mediko Kirurgikoaren saio eta sesio klinikoaren bidez ere, 1944tik aurrera erakunde horretako presidentea izan baitzen. Bueno Ituarte ekarpen ugari eta bikainak egin zituen, bai aldizkarirako prestatutako artikuluen bidez eta baita elkarteak antolatutako batzar eta kongresuetarako egindako komunikazio eta txostenen bidez ere.

Membro de la Asociación Española de Neuropsiquiatras hasta su disolución al comienzo de la guerra civil, el neuropsiquiatra Ricardo Bueno Ituarte (1904-1956) participó activamente en la transmisión de sus conocimientos a través de "Guipúzcoa Médica" -revista del Colegio de Médicos de Gipuzkoa- así como de las sesiones de la Academia Médico Quirúrgica de Gipuzkoa, de la que, a partir de 1944, fue presidente. Bueno Ituarte realizó considerables aportaciones tanto en forma de artículos para su revista, como de comunicaciones y ponencias para los congresos organizados por la asociación.

Entre otros, recibió el encargo de preparar la ponencia principal del I Congreso que la Asociación de Neuropsiquiatría organizó en Santiago de Compostela. Asimismo, mantuvo una estrecha relación con la Société Française de Neurologie et Psychiatrie a cuyas reuniones acudía de forma regular y donde presentó distintas comunicaciones. En diciembre de 1954 fue nombrado "Miembro de honor a título extranjero" de dicha sociedad. Su actividad se truncó prematuramente debido a su trágico fallecimiento en 1956.

Hijo de Raimundo Bueno Ramírez, médico titular de Mutriku y director del sanatorio antituberculoso de Nuestra Señora de las Mercedes de San Sebastián, Ricardo nació en Mutriku el 28 de marzo de 1904. Tras estudiar el bachillerato en San Sebastián, en 1920 inició su formación médica en la Universidad Central de Madrid. Pronto formó parte del grupo de alumnos que el Dr. Marañón, profesor agregado de la cátedra de patología médica, eligió para recibir formación en diferentes asignaturas médicas en el Instituto de Patologías Médicas del Hospital General de Madrid.

Inició su formación neuropsiquiátrica en el cuarto curso de su formación universitaria, en 1924. Y lo hizo con el Dr. Sanchis Banús, uno de los principales representantes de la Escuela Madrileña de Neuropsiquiatría, caracterizada por tener una importante base anatomoclínica e histológica; así

como por contar con conocimientos y formación en neurología clínica y psiquiatría. Tras licenciarse en 1927, trabajó en el departamento neuropsiquiátrico del Hospital General de Madrid hasta diciembre de 1928.

FORMACIÓN EN FRANCIA Y ALEMANIA

Tras esta primera fase formativa en Madrid, Bueno Ituarte, aconsejado por los doctores Sanchis Banús y Benigno Oreja, se desplazó al extranjero. En París trabajó en el servicio de neuropsiquiatría del Hospital de la Salpêtrière e inició con Thierry De Martel su formación neuroquirúrgica. Un área de la neuropsiquiatría que todavía no había abarcado. De París se trasladó a Alemania, para completar su formación neuroquirúrgica con el Dr. Otfried Foerster. Asimismo, asistió a la Universidad alemana de Breslau (localidad que actualmente pertenece a Polonia), donde recibió clases por parte del psiquiatra J. Lange.

En noviembre de 1930, tras finalizar su período formativo, Bueno Ituarte inició su actividad profesional como neuropsiquiatra en la Clínica San Ignacio de San Sebastián dirigida por Benigno Oreja quien había financiado su formación en Francia y Alemania.

En diciembre de ese mismo año (1930), en el seno de las reuniones mensuales de la Academia Médico Quirúrgica de

Gipuzkoa, presentó su visión sobre el estado de la cirugía de los tumores del cerebro. En la misma justificaba que el neurólogo completase su formación en su parte quirúrgica, haciendo un repaso a las diferentes escuelas neuroquirúrgicas, a los tipos más frecuentes de tumores cerebrales y a las diferentes técnicas. " Consideraciones sobre tres casos operados del sistema nervioso", "Tratamiento quirúrgico de los ataques epilépticos" y " Un caso de siringobulbia" fueron entre otros los títulos de diferentes artículos publicados en la revista Guipúzcoa Médica" y en la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Realizó intervenciones neuroquirúrgicas que supusieron el inicio de la neurocirugía en Gipuzkoa

Durante toda su carrera profesional mantuvo una estrecha relación con la Clínica San Ignacio. Relación que compaginó con el Hospital de la Cruz Roja primero y con la dirección del Dispensario Psiquiátrico Provincial situado en el barrio de Egia, tras superar el concurso oposición, a partir de 1939..

La atención al enfermo mental no era más que un problema para la sociedad gipuzkoana ya que solo se disponía del manicomio de Santa Águeda y una sala en el Hospital civil de San Antonio Abad de San Sebastián para los casos

psiquiátricos agudos. La falta de infraestructura era tal que en los cuarteles de los miqueletes había una habitación en la que se recluían a los enfermos agitados en espera de que se verificaran las tramitaciones legales necesarias para su traslado e ingreso en Santa Águeda.

La Diputación Foral de Guipúzcoa entendía que el dispensario de Atocha era un primer paso fundamental e indispensable para que el pabellón psiquiátrico del futuro Hospital de San Sebastián, ya en proyecto de construcción, pudiera empezar a funcionar y estableció de forma taxativa que la existencia del dispensario iba a ser provisional y limitada en tanto se construyera y empezara a andar el nuevo hospital proyectado en el alto de Zorroaga.

Tras el final de la Guerra Civil, a pesar de haber pertenecido a la Asociación Española de Neuropsiquiatras, Bueno Ituarte no formó parte de la nueva sociedad que, en 1939, creara el doctor López Ibor en sustitución de la anterior por discrepar en sus ideales con el nuevo presidente y por solidaridad con todos aquellos neuropsiquiatras que tuvieron que exiliarse o perder sus puestos académicos y profesionales al imponerse con la llegada del nuevo régimen un pensamiento e ideología única. López Ibor, a través de la nueva Sociedad Española de

AMBULANCIAS

GIPUZKOA S.COOP.

En colaboración con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en la cobertura de atención medicalizada y emergencias.

Servicio de ambulancias de soporte vital avanzado y soporte vital básico.

Servicio las 24 h. del día

80 Ambulancias 15 años de experiencia abarcamos todo el territorio

140 profesionales en plantilla a su servicio

Asistencias nacionales e internacionales

La calidad, los mejores medios humanos y técnicos, para un servicio óptimo

AMBULANCIAS GIPUZKOA S. COOP.

AMBULANCIAS GIPUZKOA, S. COOP.
 Alto de Iurain (Bº Ergoien, s/n.)
 Apdo. 107
 20130 URNIETA (Gipuzkoa)

TELEFONOS 943 330 330* / 943 55 49 62*

Oficinas 943 55 60 66
 FAX 943 33 15 95

MIEMBRO DE:
E.O.G.E.
 Euskadiko Osasun Garraio Elkartea
 Asociación de Transporte Sanitario del País Vasco
A.N.E.A.
 Asociación Nacional de Empresarios de Ambulancias



Neurología y Psiquiatría, intentó sin éxito reorganizar la vida corporativa y científica de los neuropsiquiatras.

Ricardo Bueno reanudó la publicación de artículos de forma regular en 1945, tras la vuelta, del exilio del doctor Marañón que comenzó a publicar el Boletín de Patología Médica. Asimismo, en 1949 con la vuelta de los exiliados y la reorganización de las bases de la antigua Asociación volvió a formar parte de la nueva Asociación de Neuropsiquiatría y de la Sociedad Española de Neurología, creada en Barcelona.

Bueno Ituarte recibió el encargo de preparar la ponencia principal del congreso de la Asociación de Neuropsiquiatría que en 1949 se celebró en Santiago de Compostela bajo el título "Distribución geográfica y características de las neuromiopatías heredo-familiares en España".

Del mismo modo, mantuvo desde 1930 una estrecha relación con la Société Française de Neurologie et Psychiatrie que en 1954 le otorgó el título de "Miembro de honor a título extranjero". Bueno Ituarte acudía con regularidad a las reuniones de dicha sociedad, donde presentó distintas comunicaciones entre las que cabe destacar "Séquelles neuropsychiatriques de la méningite tuberculose traitée".

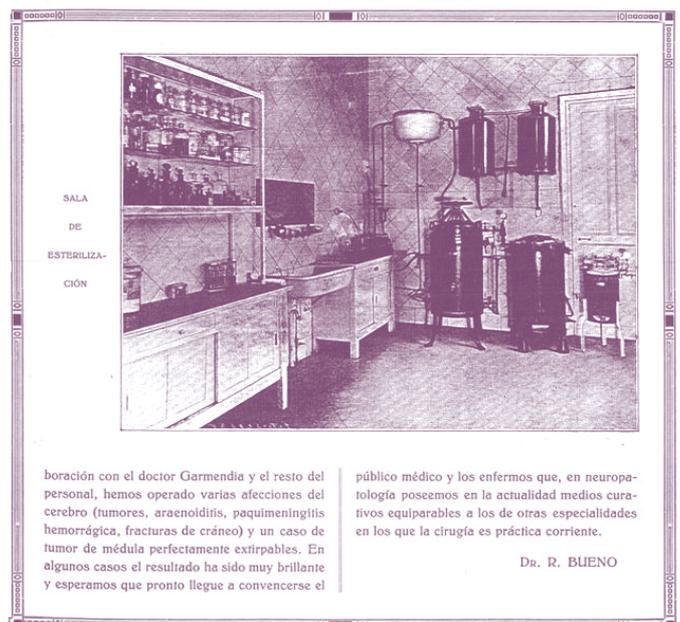
EL SANATORIO PSIQUIÁTRICO Y LA OPOSICIÓN

El Sanatorio psiquiátrico fue el primer edificio que se terminó de construir del nuevo hospital general para iniciar su funcionamiento en enero de 1950. A este pabellón debían trasladarse para su puesta en funcionamiento inicial los profesionales del dispensario de Atocha siendo su primer director interino Bueno Ituarte.

En octubre de 1950 se convocó el concurso oposición para cubrir la plaza de Director del Sanatorio Psiquiátrico de San Sebastián. Atropellos e irregularidades eran la norma en estos concursos de oposición; desde la convocatoria, pasando por el desarrollo y terminando por las votaciones realizadas por los miembros del tribunal que emitían sus votos en función de intereses diversos. El desarrollo del concurso de oposición de la plaza de San Sebastián no iba a ser una excepción.

La oposición –cuyo tribunal estuvo presidido por el Dr. López Ibor– se celebró en Valladolid el 16 de abril de 1951. La prueba constaba de cinco ejercicios que superaron tanto Ricardo Bueno Ituarte, como Manuel Cabaleiro Goaz y Luis Martín Santos Ribera. El tribunal otorgó la mejor puntuación a Luis Martín Santos (hijo de Leandro Martín Santos cirujano militar destinado en San Sebastián y conocido como "el general") por lo que el 20 de abril de 1951 la Diputación de Gipuzkoa nombró director del Sanatorio Psiquiátrico a Martín Santos.

Hecho que supuso una gran decepción para Ricardo Bueno, a pesar de lo cual continuó con su trayectoria profesional en la Clínica San Ignacio dedicado a la neurología, psiquiatría y, de forma más puntual, a la neurocirugía hasta su trágico fallecimiento el 20 de abril de 1956.



IMPENZA
desde: 21.800 €



SUBARU

VERTIZ

CONCESIONARIO OFICIAL PARA GIPUZKOA

Pº Francia, 14 - Tfno. 943 29 22 66
SAN SEBASTIAN

Pº Sarroeta, 13 - Tfno. 943 46 92 99
MARTUTENE

Polígono Olaso, 27 - Tfno. 943 74 41 10
ELGOIBAR



OUTBACK
desde: 32.700 €



FORESTER
desde: 23.500 €



Escápate de la ciudad y reencuéntrete con la naturaleza a bordo de la Gama Subaru. Descubre los más avanzados sistemas de seguridad activa, la legendaria tracción integral Symmetrical AWD y el nuevo motor Boxer diesel en sus modelos más representativos. Disfruta con Subaru una nueva experiencia en la conducción.

902 10 00 22 • www.subaru.es

PVP recomendado en Península y Baleares para Subaru Impenza I.V.A., transporte e impuesto de matriculación incluidos. Outback Consumo mixto: 8,6L. Emisiones 204 g/km. Outback Diesel Consumo mixto: 5,8L. Emisiones 153 g/km. Forester Consumo mixto: 8,4L. Emisiones 198 g/km. Forester Diesel Consumo mixto: 6,3L. Emisiones 167 g/km. Tribeca Consumo mixto: 11,6L. Emisiones 275 g/km.

Naturaleza Subaru

El Gazpacho en el País Vasco

En estas latitudes geográficas suena un poco raro este plato gastronómico tan variable y recurrido en el sur peninsular. A nosotros nos va conquistando muy poco a poco.



Es una especie de sopa de verduras en frío, con sal, vinagre y aceite pero que ofrece múltiples variaciones según la región de que se trate, aunque donde más se consume sea la costa del sur peninsular.

De todas formas no olvidemos que “estudiar la cocina de un país, es conocer su historia, su evolución, su bienestar y en alguna ocasión su lujo”. “Un pueblo civilizado siempre come bien o por lo menos de forma equilibrada”. “No es fácil vivir comiendo mal”. La mesa donde comemos debe ser un equilibrio de:

- Ciencia
- Costumbres
- Salud
- Dinero
- Buen gusto

Y nunca deben estar reñidas estas afirmaciones y la esperanza en mejor vida.

La autora Lalo Grosso de MacPherson nos asegura que el auténtico gazpacho se hace en mortero porque da más líquido que el de la batidora. También es cierto que gracias a los conventos guardamos las buenas costumbres culinarias, aunque en el fondo parezca una contradicción.

Observamos también que en el País Vasco donde los montes nos empujan hacia el mar y éste cada día nos niega más su ayuda culinaria, paradójicamente es de los rincones del mundo donde más pleitesía se le dedica al arte del bien comer, a su elegancia.

El gazpacho cuya entrada en nuestras mesas es incipiente y su consumo está indicado en todas las edades y en todo caso solamente limitado en los delgados porque es pobre en calorías, al ser pequeñas las cantidades de proteínas, grasas y azúcares que encierra. Pero no olvidemos que de gordos, de personas con sobrepeso estamos bien surtidos.

Pero concienciémonos de que es un hábito nuestro poner en cuarentena todo lo extraño (sin olvidar la historia de la patata, el tomate, el pimiento) y recordemos que eso está ocurriendo con el gazpacho. Pero por ser tan variado y sano, yo al menos aconsejo que lo adaptemos a nuestras costumbres, que cada comensal le ponga de lo que guste y adelante con este plato fresco, pobre en energía pero abundante en líquidos, vitaminas y sales minerales que también son imprescindibles para nuestra buena salud.

Aunque nuestros hábitos van por el camino de no fiarnos demasiado de lo que viene de lejos, ya se trate de bailes, de toros o de merluzas por ejemplo. Pero el plato del que hoy hablamos es sano y aconsejable, pudiendo repetir a diario.

INGREDIENTES PARA 6 PERSONAS:

6 tomates maduros, 1 pimiento rojo, 1 pimiento verde, 1 pepino, 1 cebolla, 2 rebanadas de pan duro sin corteza, sal, aceite, vinagre.

PREPARACIÓN:

A) Poner pan a remojo. B) Trocear: tomate, pimiento, cebolla, pepino. Mezclar estos ingredientes. C) Triturar hasta conseguir una crema. D) Añadir: pan con agua, aceite, vinagre, sal. E) Batir otra vez. F) Pasar por colador. G) Guarnición: pepino en dados, pan tostado en cuadraditos, pimiento en cuadraditos, cebolla picada. H) Poner cada elemento en un platito y que cada cual lo distribuya según le indique su ciencia o su instinto culinario.

HAY ALGO MÁS EN LA VIDA QUE VOLVO. BURLAR CADA ESQUINA CON SU TRACCIÓN TOTAL. PONER A PRUEBA LAS LEYES DE LA FÍSICA CON SU SISTEMA DSTC. Y DEJAR QUE EL SISTEMA DE DETECCIÓN DE PEATONES FRENE EN CASO DE QUE TÚ NO LO HAGAS. POR ESO CONDUCES EL VOLVO MÁS TRANSGRESOR.



NUEVO VOLVO S60 DESDE 32.340€.

NACIDOTRANSGRESOR.VOLVOCARS.ES

Volvo S60 de 163 a 304 cv. Consumo ponderado (l/100 km) de 5,3 a 9,9. Emisiones CO₂ (g/km) de 139 a 231. PVP recomendado para Península y Baleares (IVA, impuesto de matriculación y transporte incluidos). IVA aplicado 18%. Plan 2000E aplicable según disponibilidad de Comunidad Autónoma. Línea Volvo 902 300 310.

Volvo. for life



Auto Suecia

Bº Jáuregui, 76

943 33 11 31. Hernani

www.autosuecia.com

ALTAS

Junio 2010

LUENGAS PEÑA, Karina
SILVA CARMONA, Mary Yohana
BERNUY GUEVARA, Julio Albreto
EGÜES DUBUC, Cesar Antonio
ARIZTIA SARRATEA, María
NAGERA BELLON, Francisco
ECHEVESTE CAMPANDEGUI, Maitane
AGUIRRE AZPIAZU, Juan Luis
ECHENIQUE GONZALEZ, Cristina
PEREZ SARASOLA, Itziar
EIZAGUIRRE LETAMENDIA, Emma
ARRUABARRENA OYARBIDE, Arantxa
DELGADO ALVARADO, Guillermo
DELGADO BOBADILLA, José María
BENGOA MARQUINEZ, Oihana
MORENO LOPEZ, Silvia
GARMENDIA IRIZAR, Maddi
PEREZ CEBALLOS, Amelia
ALDECOA FERNANDEZ, Miriam
ROMERO VECE, Rodolfo
UBIRIA PEÑALBA, María José
AVALOS PINTO, Rosa M^a
LÜTTICH UROZ, Alexandre
SCHILLACI ALVAREZ, Sergio

GUANTES DEL VIGO, M^a Begoña
GARCIA LAPEIRA, M^a Aranzazu
AREIZAGA OSES, Ana Belén
REDIN SARASOLA, M^a Elena
IRIGOYEN LABORRA, Cristina

Julio 2010

VALLADARES VELASQUEZ, Luis Alberto
MADINA ELIZONDO, Katixa
CAVOOR GODOY, Kenio Enrique
IRIBAR DIEGUEZ Ion Koldobika
FILAS, Piotr Kazimierz
DEL CANTO AGUIRRE, María
MARTINEZ SALAVERRIA, Fco. Javier

Agosto 2010

LICEAGA JAUREGUI, Cristina

BAJAS

Junio 2010

AGIRREAZALDEGI GARCIA, Lore
RODRIGUEZ HERNANDEZ, Roberto
LOPEZ OBREGON, Cristina

TRIGO BLANCO, Paula
OLIVER GOICOLEA, Pablo
INTEBI IRENE, Victoria
GNECCHI, Marta Isabel

Agosto 2010

ESCOBES MENDOZA, Ana Isabel
GOMEZ LOPEZ, Amalia Selenia

FALLECIDOS

Junio 2010

LOPEZ-LANCHARES ARZALLUS, Juan Antonio

Agosto 2010

OSTOLAZA SARASOLA, Fco. Javier
GIL UGARTE, M^a Victoria



NECROLÓGICAS

Dr. JUAN ANTONIO LOPEZ-LANCHARES ARZALLUS

Nació en San Sebastián el 23 de Septiembre de 1926 y estudió Medicina en Zaragoza y la especialidad de Estomatología en Madrid. Empezó su vida profesional junto a su padre el Dr. Victoriano López-Lanchares, para posteriormente abrir consulta propia en San Sebastián. De los cinco hijos que tuvo dos siguieron sus pasos y se hicieron cargo, a su jubilación, de las dos clínicas de San Sebastián y Rentería. Si bien su trabajo le absorbía todo el tiempo, el Dr. López-Lanchares fué aficionado a la ópera y de joven al mus. El Dr. Juan Antonio López-Lanchares fue una persona con un humor algo agrio como consecuencia de su carácter poco optimista. **Descanse en paz.**

Dr. FRANCISCO JAVIER OSTOLAZA SARASOLA

Nació en Billabona el 17 de Febrero de 1925 y estudió la carrera de Medicina en Valladolid. Realizó las especialidades de Medicina Interna y Cardiología en el Hospital Provincial durante cuatro años y Medicina de Empresa en Madrid. Ejerció durante toda su vida profesional en Azkoitia como médico de empresa hasta que consiguió la plaza. Al Dr. Ostolaza le gustaba sobre todo andar por el monte, lo que hacía por las mañanas, dedicando las tardes a la lectura. Aunque el Dr. Francisco Javier Ostolaza tenía una fuerte personalidad, sus pacientes tenían una buena consideración de él. **Descanse en paz.**

Dra. M^a VICTORIA GIL UGARTE

Nació el 4 de Agosto de 1950 en San Sebastián y estudió la carrera de Medicina en Zaragoza con la especialidad de Obstetricia y Ginecología. Compaginó su trabajo en el Ambulatorio de Gros con su consulta privada. La gran afición de la Dra. Gil fue la informática, llegando a crear un foro en Internet con personas de todo el mundo. De carácter introvertido la Dra. M^a Victoria Gil fue una persona de fuerte carácter. **Descanse en paz.**